

**PERFIL DE MULHERES COM CÂNCER DE ENDOMÉTRIO
ACOMPANHADAS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE
PERNAMBUCO: ESTUDO COORTE**

PROFILE OF WOMEN WITH ENDOMETRIAL CANCER FOLLOWED IN A
REFERENCE HOSPITAL OF PERNAMBUCO: COHORT STUDY

Fernando Antonio Carneiro Borba Carvalho Neto¹ Luiz Henrique Soares de Lucena¹ João
Victor Silva Clementino dos Santos¹ Brunno Gustavo da Silva¹ Carla Rameri Alexandre
Silva de Azevedo²

1 – Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) - Av. Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861 -
Imbiribeira, Recife – PE.

2 – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) - Rua dos Coelho,
300 - Boa Vista, Recife - PE.

Reconhecimento do apoio ao estudante: Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS),
através de bolsa do Programa de Iniciação Científica (PIC).

Autor correspondente: Fernando Antonio Carneiro Borba Carvalho Neto

Telefone Pessoal: (81) 988595656

E-mail: borbaneto.fernando@gmail.com

Os autores negam qualquer conflito de interesse no desenvolvimento desta pesquisa.

RESUMO

Objetivos: Analisar o perfil clínico e epidemiológico de mulheres com câncer de endométrio (CE) em um hospital de referência de Pernambuco. **Métodos:** Análise retrospectiva de pacientes com CE, a partir de coleta no Prontuário Eletrônico de Pacientes (PEP). Descreveu-se frequências absolutas e percentuais para variáveis qualitativas e medidas de tendência central e dispersão, para numéricas. Utilizamos os métodos do Log Rank e Kaplan-Meier para avaliar o tempo para o diagnóstico e a sobrevida. **Resultados:** 134 pacientes foram incluídas no estudo, com média de idade ao diagnóstico de 62 anos; analfabetas ou mulheres com o primeiro grau incompleto somaram 46,26% e o Índice de Massa Corporal (IMC) médio foi 32,86. No momento do diagnóstico, cerca de 80% das pacientes apresentavam algum sintoma, tendo o sangramento vaginal como o mais frequente, correspondendo a 91,74% das pacientes sintomáticas. Aproximadamente 60% foram diagnosticados nos Estágios Clínicos (EC) I ou II, enquanto 22,38% tinham EC III e 11,94%, EC IV. **Conclusão:** Amostra é composta por idosas jovens com baixa escolaridade, IMC médio compatível com obesidade e doença restrita ao útero. Não foram realizados testes moleculares. As condutas baseadas na classificação de risco de recorrência têm sido realizadas conforme preconizado pela literatura.

Palavras-chave: oncologia, neoplasias do endométrio, perfil de saúde.

ABSTRACT

Objectives: to analyze the clinical and epidemiological profile of women with endometrial cancer (EC) in a referral hospital in Pernambuco. **Methods:** retrospective analysis of patients with EC from the system of the Electronic Patient Medical Records. Absolute and percentage frequencies were described for qualitative variables and measures of central tendency and dispersion, for numerical ones. We used the Log Rank and Kaplan-Meier methods to assess the time for diagnosis and survival. **Results:** 134 patients were included in the study, with a mean age at diagnosis of 62 years; illiterate or women with incomplete primary education totaled 46.26% and the average Body Mass Index (BMI) was 32.86. At the time of diagnosis, about 80% of the patients reported having any symptom, with vaginal bleeding being the most frequent, corresponding to 91.74% of the symptomatic patients. Approximately 60% were diagnosed in Clinical Stages (CS) I or II, while 22.44% had CS III and 11.94%, CS IV. **Conclusion:** The sample consists of young elderly women with low education, a mean BMI compatible with obesity and a disease restricted to the uterus. No molecular tests have been performed. The procedures based on the classification of risk of recurrence have been carried out as recommended by the literature.

Keywords: Oncology, Endometrial Neoplasm, Health Profile.

I. INTRODUÇÃO

Globalmente, os tumores do corpo do útero ocupam a sexta posição entre as neoplasias mais comuns nas mulheres com estimativa de quase 320.000 casos em 2012, correspondendo a 4,8% dos tumores femininos e 2,3% dos cânceres em geral.¹ Quando analisamos a distribuição dessa neoplasia de acordo com as regiões do globo, observamos que as taxas de incidência são de 14,7/100 mil em regiões mais desenvolvidas e de 5,5/100 mil nas menos desenvolvidas. Apesar da maior incidência em países desenvolvidos, a mortalidade específica é maior em países em desenvolvimento.² Em 2015, no Brasil, ocorreram 1.454 óbitos por câncer do corpo do útero.³

No Brasil, para cada ano do triênio 2020-2022, estimam-se 6.540 casos novos da doença, com um risco estimado de 6,07 casos a cada 100 mil mulheres, o que corresponde a oitava posição entre as neoplasias mais comuns nas mulheres. Na região nordeste são esperados 5,10/100 mil e em Pernambuco, são esperados 280 novos casos no mesmo período, sendo 120 destes na capital.⁴

Espera-se um aumento na incidência das neoplasias do corpo do útero de aproximadamente 200.000 casos nos próximos 20 anos. Acredita-se que essa evolução se deva a mudança de hábitos de vida que predispõem à obesidade, assim como a maior expectativa de vida de população.⁵

A maioria dos casos são diagnosticados entre 50-60 anos. Cerca de 75% das mulheres com a doença apresentam, inicialmente, sangramento anormal na pós-menopausa. A avaliação inicial costuma ser pela ultrassonografia transvaginal (USG-TV) e a despeito da normalidade do exame, uma amostragem endometrial se faz necessária, sendo a curetagem uterina o método mais utilizado, podendo associar-se a histeroscopia.^{6,7} A ressonância magnética (RM) e a tomografia computadorizada (TC)

podem ser utilizadas para complementar informações, bem como, na suspeita de doença mais avançada. Nesse sentido, a abordagem inicial padrão é a histerectomia total extrafascial e salpingooforectomia bilateral⁸, que possui papel de esclarecer o diagnóstico histopatológico e o estadiamento, e terapêutico.

Historicamente, os carcinomas endometriais são divididos em dois grupos, com implicações clínicas e histológicas. O primeiro, denominado Tipo I, acomete mulheres obesas com dislipidemia, resistência à insulina e sinais de hiperestrogenismo, sem oposição da progesterona. Esse grupo se caracteriza por tumores endometrioides bem diferenciados (Graus 1 e 2), mais frequentes e de melhor prognóstico. O segundo grupo, Tipo II, é caracterizado pela ausência de sinais claros de hiperestrogenismo. São incluídos aqui os tumores endometrioides Grau 3 bem como as histologias mucinosa, serosa, células claras e carcinosarcomas. Esses tumores são mais indiferenciados e, portanto, de pior prognóstico.⁹ De uma forma geral, condições como anovulação crônica e síndrome de ovários policísticos são fatores de risco conhecidos em pacientes mais jovens, assim como o uso de tamoxifeno e síndrome de Lynch.¹⁰

Em pacientes estágio I de baixo risco a sobrevida em 5 anos é de cerca de 95%¹¹ e o tratamento adjuvante não agrega ganho em sobrevida. Naqueles, cujo risco é intermediário ou alto, a adição da radioterapia reduz o risco de recorrência locorregional, apesar de não agregar ganho em sobrevida.¹² Embora os dados ainda sejam conflitantes, a quimioterapia parece ser eficaz nos pacientes de alto risco.¹³ Nos casos de doença avançada ou recidivada, o tratamento sistêmico se impõe. Nesse cenário, a quimioterapia deve ser utilizada em contexto neoadjuvante.¹⁴ Pacientes não elegíveis para a cirurgia são abordados, de maneira padrão, através do tratamento sistêmico exclusivo.¹⁵

Assim, considerando que a proporção de idosos no Brasil apresenta uma tendência de triplicar nos próximos 40 anos, bem como a expectativa de crescimento da obesidade na população¹⁶, principais fatores de risco para a neoplasia estudada, é razoável esperar que o número de mulheres com sangramento na pós-menopausa diagnosticadas com CE aumente. Dessa forma torna-se importante conhecer o perfil clínico e epidemiológico da paciente assistida em unidades de referência, visando otimizar a condução dessa paciente no sistema de saúde e melhorar o cuidado oferecido a cada uma.

Portanto, nosso objetivo é realizar uma análise da população com CE acompanhada no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) entre os anos de 2016 e 2019.

II. MÉTODOS

O presente estudo consiste em uma análise observacional retrospectiva das pacientes com CE assistidas no IMIP entre janeiro de 2016 e dezembro de 2019. Foram usados como critérios para inclusão no estudo, mulheres acima de 18 anos de idade com avaliação histológica comprovando o carcinoma do corpo de útero, diagnóstico patológico de CE EC I a IV e prontuário disponível e adequado para coleta de dados. Após análise inicial, encontramos 186 pacientes com possível diagnóstico de CE provenientes da base de dados do Núcleo de Acolhimento e Triagem do Paciente Oncológico (NAT ONCO), e dentre esses foram selecionados 149 com a neoplasia comprovada por histologia para fins dessa análise. Foram excluídas quaisquer mulheres que estivessem grávidas, e que possuísem CE não invasivo, carcinoma de colo uterino, assim como outros tipos de cânceres nos últimos 5 anos, excetuando-se o de tireoide ou de pele não melanoma. O tamanho amostral, ao aplicar-se tais critérios, foi de 134 pacientes, todas elas atendidas no ambulatório do NAT ONCO do IMIP, onde a pesquisa foi realizada. Os dados foram coletados pelos pesquisadores, a partir de informações colhidas no PEP, entre outubro de 2019 e setembro de 2020. Foram avaliadas 25 variáveis, dentre elas socioeconômicas – idade, raça ou etnia, nível educacional, município de residência, estado civil, profissão atual ou pregressa; antropométricas – Escala de Performance Status da Eastern Cooperative Oncology Group (PS-ECOG), peso, altura, IMC e área de superfície corporal; clínicas e patológicas – histórico de câncer na família, história de tabagismo e etilismo prévios ou atuais, presença de comorbidades, uso de medicação diária, presença de sintomas de CE ao diagnóstico e histologia; e prognósticas – realização de imunohistoquímica (IHQ), estadiamento ao diagnóstico, bem como as modalidades de tratamento realizadas e as datas da primeira consulta com especialista, da biópsia, do início dos sintomas etc. O estadiamento utilizado foi baseado

no sistema da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) de 2009 em consonância com a oitava edição do American Joint Comitee of Cancer (AJCC) de 2018¹⁷. O tempo para o diagnóstico foi calculado pela diferença entre a data do início dos sintomas e a data da biópsia. O tempo para início do tratamento, por sua vez, foi calculado a partir da data da primeira consulta e data do primeiro tratamento modificador de doença, em dias. A sobrevida foi calculada, em meses, a partir da data da biópsia até a data do último contato com o paciente.

Após coleta, as informações foram reunidas em formato de planilha e analisadas com a ajuda do software Statistics SPSS versão 23 e o Excel versão 2016. Na estatística descritiva para as variáveis quantitativas utilizou-se medidas de tendência central – média aritmética, mediana, Percentis (P25 e P75) - bem como das medidas de dispersão – desvio padrão. Quanto às variáveis qualitativas os dados foram apresentados em forma de tabelas com representação das frequências absolutas (freq.) e percentuais (%). Para avaliação dos resultados não paramétricos e a diferença significativa entre os tempos de sobrevivência para as pacientes com CE, foi utilizado o Teste de Log Rank (Mantel-Cox), estruturado nas curvas de sobrevida do método Kaplan-Meier. Para todas as análises adotou-se o nível de significância com $p < 0,05$. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do IMIP, sob número de CAAE 21231119.6.0000.5201.

III. RESULTADOS

Havia inicialmente 186 pacientes elegíveis no sistema do PEP do NAT ONCO, dos quais 37 foram excluídos durante uma primeira triagem tomando como base o número do CID apresentado. Posteriormente, constatou-se que 15 dos pacientes restantes não possuíam dados suficientes para inclusão disponíveis no PEP, sendo, portanto, excluídos. Ao final, foram analisados 134 pacientes que cumpriam todos os critérios para inclusão na pesquisa.

Em virtude da característica retrospectiva do estudo, bem como a dependência de dados de prontuário, algumas informações não estavam disponíveis para todas as pacientes incluídas, sendo, portanto, as análises realizadas com base nos grupos cujos dados encontravam-se registrados.

Desta amostra, a média das idades ao diagnóstico foi de 62 anos, com desvio padrão de 9 anos para mais ou para menos, e cujas idades mínima e máxima foram, respectivamente, 35 e 86 anos. Acrescenta-se que 66 pacientes se autodeclararam pardas (49,25%), 38, brancas (28,35%) e 3, negras (2,23%). As demais pacientes não tiveram sua etnia descritas em prontuário.

Aproximadamente 46% da população eram compostos por analfabetas ou mulheres que não haviam concluído o primeiro grau. Em relação ao município de procedência, 43 (32,08%) eram diretamente de Recife, enquanto 56 (41,79%), de municípios da Região Metropolitana do Recife (RMR). Apenas 35 (26,11%) eram provenientes de localidades externas às citadas anteriormente. Dentre as pacientes com estado civil constando em prontuário, 86 (64,17%) não possuíam um (a) companheiro (a). (Vide Tabela 01)

Do total de pacientes, 62 (46,26%) não possuíam emprego formal. As profissões mais frequentes dentre o grupo complementar, o qual possuía 42 pessoas empregadas, foram: agricultora (10), empregada doméstica (8) e costureira (5), correspondendo, respectivamente, a 23,81%, 19,05% e 11,9% da amostra em questão.

Na análise, 113 pacientes foram questionadas quanto à história familiar para neoplasias. Dessas, 53 (46,9%) afirmaram haver familiares acometidos e apenas 2 (1,77%) não souberam informar. Não foi possível descrever informações sobre grau de parentesco e tipo de tumor nas pacientes com história familiar positiva pelo caráter retrospectivo da análise. Além disso, 102 pacientes (79,69%) eram portadoras de alguma comorbidade, sendo 82 (80,38%) hipertensas, 44 (43,13%), diabéticas e 25 (24,51%) obesas. Ainda, 41 (40,20%) eram portadoras de outras comorbidades e 92 pacientes (77,97%) faziam uso de alguma medicação. Ao verificar em prontuário sobre o uso da metformina, foi visto que 24 (26,09%) relataram seu uso regular. Notou-se ainda que 86 (72,88%) dos pacientes questionados sobre tabagismo afirmaram nunca ter feito uso de tabaco e 20 (17,09%), sobre o etilismo, são usuários atuais ou pregressos do álcool.

No que tange a história obstétrica, nota-se que 53 (53,53%) das mulheres com tal informação em prontuário tiveram até três gestações; 56 (64,37%) das mulheres tiveram até 3 partos; 49 (61,25%) não tiveram nenhum aborto e 31(38,75%) tiveram um ou mais abortos. Em relação ao histórico ginecológico, observou-se que 86 (93,48%) já se encontravam em menopausa no momento do diagnóstico e que a mediana da idade em que ocorreu a última menstruação foi de 50 anos, tendo como mínima e máxima 37 e 58 anos respectivamente.

109 (81,34%) das pacientes apresentavam algum sintoma no momento do diagnóstico, sendo o mais frequente o sangramento vaginal, correspondendo a 100

(91,74%) das pacientes sintomáticas. Além disso, outros sintomas declarados foram: dor pélvica (24; 22,02%) e corrimento vaginal (8; 7,34%). 83 (80,58%) pacientes chegaram à primeira consulta pontuando 0 ou 1 na PS-ECOG. O IMC médio observado no grupo foi de 32,86, sendo o menor e o maior, respectivamente, 20,77 e 69,7.

Verificou-se também que do total de pacientes, 108 (80,6%) obtiveram a classificação histológica do tumor apenas com a análise anatomopatológica, sem necessidade de estudo IHQ. Dentre as histologias encontradas 95 (70,9%) eram adenocarcinomas endometrioides, 13 (9,7%) pertenciam ao subtipo seroso, 8 (5,97%) eram carcinossarcomas, 5 (3,73%), leiomiossarcomas, 4 (2,99%), indiferenciados, 3 (2,24%), células claras e 6 (4,48%) apresentavam outros subtipos. Em relação ao grau de diferenciação histológica, 87 (64,92%) apresentavam graus 1 ou 2 no estudo da peça, o que condiz com a presença de invasão vascular ou linfática em apenas 32 (23,88%) dos tumores estudados. (Vide tabela 02)

Tratando-se do estadiamento ao diagnóstico, observou-se que dentre as pacientes avaliadas, 80 (59,7%) encontravam-se nos EC I ou II, ao passo que 30 (22,38%) havia atingido o EC III e 16 (11,94%) o EC IV. (Vide tabela 2)

Para tal classificação, bem como para propósito terapêutico, 116 (86,6%) das pacientes foram submetidas a algum tipo de cirurgia, sendo que 110 (94,82%) das operadas realizaram uma Histerectomia Total Abdominal Radical. Do grupo que realizou cirurgia, 86 (74,13%) fizeram linfadenectomia, com uma mediana de linfonodos ressecados de 10 linfonodos, sendo o mínimo 1 e o máximo 37. Como forma de auxílio ao estadiamento cirúrgico, 128 pacientes (95,52%) realizaram TC, 80 (59,7%) foram submetidas à RM, 34 (25,37%) fizeram USG e 27 (20,15%) haviam sido encaminhadas para histeroscopia. (Vide tabela 03)

Das pacientes analisadas, 34 (25,37%) realizaram quimioterapia (QT) em caráter adjuvante, isto é, até seis meses após o tratamento cirúrgico e em paciente com EC diferente de IV, enquanto que 13 (9,7%) fizeram uso de QT com finalidade paliativa, ou seja, em paciente cujo EC era IV ou que não havia realizado cirurgia. As demais pacientes, que somam 87 mulheres (64,93%), não realizaram QT ou a fizeram de forma a não contemplar os critérios para inclusão nos grupos supracitados. Apenas 13,11% dos pacientes não fizeram uso de esquema quimioterápico que envolvia derivados da platina.

Em relação a radioterapia externa (RDT), foi constatado que 76 (56,71%) pacientes não realizaram tal procedimento, enquanto braquiterapia (BQT) esse total foi de 58 (43,28%). Analisando tais procedimentos em conjunto, 88 (65,67%) não realizaram nenhum tipo de tratamento radioterápico. Ainda sobre a terapêutica, foi visto que grande parte, 128 (95,52%), não realizaram hormonioterapia. (Vide tabela 03)

O tempo mediano entre o início dos sintomas e o diagnóstico foi de 11 meses e para início de tratamento foi de 67 dias. (Vide tabela 04) Sobre o seguimento das pacientes analisadas, 70 delas (52,24%) estavam vivas sem a doença até a data da coleta dos dados, 43 (32,09%) estavam com a doença, 17 (12,69%) morreram em decorrência de problemas da doença e, apenas 4 (2,99%) pacientes perderam o seguimento. O gráfico 1 mostra a sobrevida global da população estudada. Observou-se que no EC I, o tempo médio foi de 20,7 meses, com mediana de 19 meses, enquanto no EC II, o tempo médio foi de 25 meses, com mediana de 21. No EC III, o tempo médio foi de 27,4 meses, com mediana de 26, já no EC IV, o tempo médio foi de 20 meses, com mediana de 14. Essa análise deve ser observada com cautela considerando o caráter retrospectivo e o pequeno número de pacientes em cada grupo.

IV. DISCUSSÃO

Nosso estudo é uma análise retrospectiva de pacientes com câncer do corpo uterino. Para essa neoplasia, sabe-se que os fatores de risco mais notáveis são a idade e a obesidade. No presente estudo, foi visto que a idade média das pacientes na data do diagnóstico foi de 62 anos e a grande maioria dessas, 93,48%, já tinham passado pela menopausa. Em consonância com esses dados, o estudo de Aus Tariq Ali, realizado na África do Sul, em 2013, concluiu que mais de 90% dos casos foram diagnosticados após os 50 anos e em mulheres na pós-menopausa¹⁸. Confirmamos também em nossa análise, um IMC médio de 32,86, traduzindo uma população com quantidade significativa de indivíduos obesos grau 1, segundo classificação proposta pela OMS.⁴

Outros fatores de risco para a doença são comorbidades como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM). No estudo em questão, a HAS esteve presente em aproximadamente 80% das pacientes. Nessa perspectiva, a revisão sistemática e meta-análise realizada em Londres, em 2017, sugere que a mulher portadora de hipertensão possui um risco aumentado, cerca de 61%, de desenvolver o CE.¹⁹ Em paciente com DM e HAS, a obesidade é comum. É incerto o papel isolado dessas comorbidade no desenvolvimento da doença. Resistência à insulina e inflamação crônica são possíveis mecanismos de ação²⁰.

Dados de um centro de referência em cuidados oncológicos localizado nos Estados Unidos, o Memorial Sloan Kettering Cancer Center, bem como o artigo de revisão publicado por Dinkelspiel et al, da Universidade de Columbia em Nova Iorque, em 2013, apontam que cerca de 70% das pacientes com CE são diagnosticadas com a doença ainda restrita ao útero, número ao qual a presente análise se aproxima, uma vez que nossa amostra traz cerca de 63% das pacientes diagnosticadas com doença no estágio

supracitado. De maneira análoga, mulheres com doença metastática à distância ao diagnóstico, em nossa análise, são evidenciadas em proporções similares aos trazidos pelo hospital americano e estudo nova-iorquino, 11%, 8% e 10%, respectivamente.^{21,22}

Por fim, pacientes com doença acometendo órgãos próximos e/ou linfonodos se apresentaram na proporção aproximada de 20%, tanto na instituição quanto na publicação estrangeiras, percentual que nossa pesquisa corrobora ao encontrar aproximadamente 25% de pacientes apresentando esse mesmo *status* de doença no momento do diagnóstico.^{21,22} Esses dados possivelmente derivam da sintomatologia precoce que observamos – sangramento anormal na pós-menopausa, que foi o mais prevalente em nossa pesquisa (91,74%) e reiterado em estudo francês de 2012 publicado no *The Lancet*, no qual 90% das pacientes apresentaram sangramento uterino anormal.²³

Neste estudo, o adenocarcinoma endometriode de endométrio foi o subtipo histológico mais prevalente, correspondendo a cerca de 70% de todos os tumores, seguido do subtipo seroso, responsável por 9,7%. Tal prevalência também foi vista no artigo de revisão de Yen et al, realizado na Universidade de Baltimore, Estados Unidos, em 2019, no qual o adenocarcinoma endometriode de endométrio também fora o mais prevalente, girando em torno de 70 a 80% e o subtipo seroso teve percentual parecido com o nosso estudo, cerca de 10%.²⁴ Histologias mais raras e de pior prognóstico, como carcinossarcomas e leiomiiossarcomas, foram observadas em pouco mais de 10% dos casos e incluídas na análise de sobrevida, o que certamente contribuiu negativamente para esse resultado em nossa população.

Devido ao caráter retrospectivo do estudo e de limitações acerca da disponibilidade de testes mais modernos de forma rotineira no cenário analisado, não foi possível realizar um estudo de biologia molecular dos tumores avaliados na presente

coorte. Tais testes, atualmente, têm sido elencados como possíveis importantes variáveis na seleção da terapêutica adequada e, potencialmente, podem trazer impacto positivo na sobrevida.²⁴

Uma vez que o estadiamento e o tratamento do CE dependem da realização de intervenção cirúrgica, a literatura é unânime quanto a indicação de tal procedimento para todas as pacientes com elegibilidade cirúrgica e que não desejem manter a fertilidade. É razoável imaginar que essa seria a realidade da maioria das mulheres acometidas, uma vez que a história natural do CE envolve uma mulher em idade mais avançada, muitas vezes com prole já constituída, e, não raro, já no período pós-menopausal. Assim, a cirurgia preconizada pelas principais referências costuma ser, no mínimo, a histerectomia total com salpingooforectomia bilateral, podendo estender-se a depender das características da doença.^{25,26,27} Em consonância com tais recomendações, nossa análise verificou que cerca de 87% das pacientes avaliadas realizou alguma cirurgia. Neste grupo 95% foram submetidas à histerectomia total com salpingooforectomia bilateral.

Para fins de tratamento adjuvante, algumas referências, a exemplo da European Society for Medical Oncology (ESMO), costumam estratificar as pacientes em grupos de risco, baseando-se nas características da patologia, como o EC e grau histológico. Dessa forma, cada grupo recebe uma recomendação de terapia adjuvante, que pode variar desde observação para pacientes com baixo risco, até combinação de tratamento quimio e radioterápico para aqueles em estágios avançados de doenças com alto risco.^{28, 29}

Dentre as pacientes elencadas para terapias adjuvantes com proposta curativa, isto é, aquelas com EC diferente de IV e que apresentem tumores classificados como no

máximo de alto risco³⁰, verificamos que a observação isolada nas pacientes com baixo risco para recorrência tem sido empregada em cerca de 70% das mulheres estudadas, conduta considerada de eleição para tal grupo. Da mesma maneira, a maior parte das pacientes com risco intermediário/alto-intermediário (22 pacientes; 84,61%), nas quais a braquiterapia vaginal é utilizada como terapêutica de escolha, tem recebido o tratamento conforme preconizado.^{28, 29}

Quanto àquelas, cuja classificação de risco é considerada como alto risco, nossa amostra revela que a combinação entre QT, BQT e RDT tem sido adotada majoritariamente, o que nos parece razoável, considerando que os dados atuais ainda se mostram insuficientes para afirmar qual a melhor conduta para pacientes ocupando esse nicho na estratificação de risco.²⁸

Outro ponto nesse mesmo grupo é a ordem na qual foi realizada as medidas quimio e radioterápicas propostas. Apesar de em algumas neoplasias, a exemplo da mama, a sequência de realização dos tratamentos adjuvantes ser bem estabelecida, no CE ainda não temos evidências suficientes para traçar tal paradigma.²⁸ Na nossa análise, parece não haver diferença quanto a sequência da realização de QT e RDT/BQT, porém, devido ao delineamento retrospectivo, bem como número de pacientes avaliadas não ser expressivo do ponto de vista populacional, não acreditamos que tal informação tenha o peso suficiente para aplicação na prática clínica.

Encontramos algumas limitações durante a realização de nossa pesquisa, que devem ser pontuadas. Além de ter sido necessária a adoção de um delineamento retrospectivo devido às dificuldades da coleta prospectiva de dados em função do momento epidemiológico, o instrumento principal de coleta, o PEP, se mostrou por vezes deficitário em informações que seriam de suma importância para o projeto. Tal déficit

pode ser exemplificado tanto do ponto de vista do desigual preenchimento, quanto da limitação dos registros apenas da oncologia clínica, quando o cuidado é realizado de maneira multidisciplinar na prática.

Em suma, acreditamos que nossos dados refletem a realidade das mulheres com CE no Nordeste, a qual é composta predominantemente por idosas jovens, obesas, no período pós-menopausal. Além disso, costumam apresentar-se aos serviços de saúde com história de sangramento vaginal e, em geral, são diagnosticadas com doença restrita ao útero. Estratégias de controle de obesidade na população em geral podem impactar a incidência da doença.

Ademais, acreditamos que novos estudos acerca dos testes moleculares, bem como o acesso a esses testes para a população geral, serão capazes de direcionar melhor o tratamento para as pacientes com CE, tornando-o mais eficiente.

V. REFERÊNCIAS

1. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin*. 2015 Mar;65(2):87-108.
2. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015 Mar 1;135(5):E359-86.
3. Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2017.
4. INCA [website]. Estimativa/2020 Incidência de Câncer no Brasil [Acesso em 14 de outubro de 2020]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil>.
5. World Health Organization - International Agency for Research on Cancer [website]. Estimated number of incident cases from 2018 to 2040, corpus uteri, females, all ages. [Acesso em 14 de outubro de 2020]. Disponível em: http://gco.iarc.fr/tomorrow/graphic-line?type=0&population=900&mode=population&sex=2&cancer=39&age_group=value&apc_male=0&apc_female=0.
6. Braun MM, Overbeek-Wager EA, Grumbo RJ. Diagnosis and Management of Endometrial Cancer. *Am Fam Physician*. 2016 Mar 15;93(6):468-74.
7. Clark TJ, Voit D, Gupta JK, Hyde C, Song F, Khan KS. Accuracy of hysteroscopy in the diagnosis of endometrial cancer and hyperplasia: a systematic quantitative review. *JAMA*. 2002 Oct 2;288(13):1610-21.

8. Amant F, Mirza MR, Koskas M, Creutzberg CL. Cancer of the corpus uteri. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018 Oct;143 Suppl 2:37-50.
9. Bokhman JV. Two pathogenetic types of endometrial carcinoma. *Gynecol Oncol.* 1983 Feb;15(1):10-17.
10. Soliman PT, Wu D, Tortolero-Luna G, Schmeler KM, Slomovitz BM, Bray MS et al. Association between adiponectin, insulin resistance, and endometrial cancer. *Cancer.* 2006 Jun 1;106(11):2376-81.
11. American Cancer Society [website]. Survival Rates for Endometrial Cancer [Acesso em 14 de outubro de 2020]. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/endometrial-cancer/detection-diagnosis-staging/survival-rates.html>.
12. Nout RA, Smit VT, Putter H, Jürgenliemk-Schulz IM, Jobsen JJ, Lutgens LC et al. Vaginal brachytherapy versus pelvic external beam radiotherapy for patients with endometrial cancer of high-intermediate risk (PORTEC-2): an open-label, non-inferiority, randomised trial. *Lancet.* 2010 Mar 6;375(9717):816-23.
13. de Boer SM, Powell ME, Mileskin L, Katsaros D, Bessette P, Haie-Meder C et al. Adjuvant chemoradiotherapy versus radiotherapy alone for women with high-risk endometrial cancer (PORTEC-3): final results of an international, open-label, multicentre, randomised, phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2018 Mar;19(3):295-309.
14. Barlin JN, Puri I, Bristow RE. Cytoreductive surgery for advanced or recurrent endometrial cancer: a meta-analysis. *Gynecol Oncol.* 2010 Jul;118(1):14-8.

15. Thigpen JT, Brady MF, Homesley HD, Malfetano J, DuBeshter B, Burger RA et al. Phase III trial of doxorubicin with or without cisplatin in advanced endometrial carcinoma: a gynecologic oncology group study. *J Clin Oncol*. 2004 Oct 1;22(19):3902-8.
16. Ministério da Saúde do Brasil [website]. *Vigitel Brasil 2018 - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico*. [Acessado em 14 de outubro de 2020]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>.
17. American Cancer Society [website]. *Endometrial Cancer Stages* [Acesso em 14 de outubro de 2020]. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/endometrial-cancer/detection-diagnosis-staging/staging.html>.
18. Ali AT. Risk factors for endometrial cancer. *Ceska Gynekol*. 2013 Nov;78(5):448-59.
19. Aune D, Sen A, Vatten LJ. Hypertension and the risk of endometrial cancer: a systematic review and meta-analysis of case-control and cohort studies. *Sci Rep*. 2017 Apr 7;7:44808.
20. Anastasi E, Filardi T, Tartaglione S, Lenzi A, Angeloni A, Morano S. Linking type 2 diabetes and gynecological cancer: an introductory overview. *Clin Chem Lab Med*. 2018 Aug 28;56(9):1413-1425.
21. Memorial Sloan Kettering Cancer Center [website]. *Stages of Uterine (Endometrial) Cancer*. [Acesso em 13 de outubro de 2020]. Disponível em: <https://www.mskcc.org/cancer-care/types/uterine-endometrial/diagnosis/stages>

22. Dinkelspiel HE, Wright JD, Lewin SN, Herzog TJ. Contemporary clinical management of endometrial cancer. *Obstet Gynecol Int.* 2013;2013:583891.
23. Leslie KK, Thiel KW, Goodheart MJ, De Geest K, Jia Y, Yang S. Câncer endometrial. *Obstet Gynecol Clin North Am.* Junho de 2012; 39 (2): 255-68.
24. Yen TT, Wang TL, Fader AN, Shih IM, Gaillard S. Molecular Classification and Emerging Targeted Therapy in Endometrial Cancer. *Int J Gynecol Pathol.* 2020 Jan;39(1):26-35.
25. Colombo N, Preti E, Landoni F, Carinelli S, Colombo A, Marini C et al. Endometrial cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2013 Oct;24 Suppl 6:vi33-8.
26. National Comprehensive Cancer Network [website]. Clinical Practice Guidelines in Oncology - Uterine Neoplasms; Version 2.2020; July 24, 2020. [Acessado em 14 de outubro de 2020]. Disponível em: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/uterine.pdf.
27. Passarello K, Kurian S, Villanueva V. Endometrial Cancer: An Overview of Pathophysiology, Management, and Care. *Semin Oncol Nurs.* 2019 Apr;35(2):157-165.
28. Emons G, Vordermark D. Adjuvant treatment for endometrial cancer. *Curr Opin Oncol.* 2019 Sep;31(5):404-410.
29. Gupta D. Clinical Behavior and Treatment of Endometrial Cancer. *Adv Exp Med Biol.* 2017;943:47-74.

30. Amant F, Moerman P, Neven P, Timmerman D, Van Limbergen E, Vergote I. Endometrial cancer. *Lancet*. 2005 Aug 6-12;366(9484):491-505.

Tabela 01 – Perfil sociodemográficos das pacientes

Variáveis Sociodemográficas	Freq.	%
Raça/cor da pele		
Pardo	66	49,25%
Branco	38	28,35%
Negro	3	2,23%
Outro/Não Informado	27	20,14%
Total	134	100,00%
Escolaridade		
Analfabeto	10	7,46%
Não completou 1º Grau	52	38,80%
Completou 1º Grau	12	8,95%
Concluído 2º Grau	19	14,17%
Completou ensino superior ou mais	4	2,98%
Não informado	37	27,61%
Total	134	100,00%
Município de residência		
RMR	99	73,88%
Interior	35	26,11%
Total	134	100,00%
Estado civil		
Solteiro, Viúvo/Sem companheiro	86	64,17%
Casado ou união estável	48	35,82%
Total	134	100,0%
Ocupação atual		
Não	62	46,26%
Sim	42	31,34%
Aposentado	2	1,49%
Desconhecido	24	17,91%
Total	134	100,0%

Tabela 02 – Informações sobre a patologia das pacientes

Patologia	Freq.	%
Histologia do tumor primário		
Adenocarcinoma endometriode	95	70,90%
Seroso	13	9,70%
Carcinossarcoma	8	5,97%
Leiomiossarcoma	5	3,73%
Indiferenciado	4	2,99%
Células claras	3	2,24%
Outros	6	4,48%
Total	134	100,00%
Grau do tumor		
Grau 1	44	32,84%
Grau 2	43	32,09%
Grau 3	30	22,39%
Desconhecido	17	12,69%
Total	134	100,00%
Invasão vascular e/ou linfática		
Sim	32	23,88%
Não	84	62,68%
Desconhecido	18	13,44%
Total	134	100,00%
IHQ	26	19,40%
Total	134	100,00%
Estágio FIGO		
IA	32	23,88%
IB	35	26,12%
II	13	9,70%
IIIA	9	6,72%
IIIB	3	2,24%
IIIC1	14	10,45%
IIIC2	4	2,99%
IVA	2	1,49%
IVB	14	10,45%
Não informado	8	5,97%
Total	134	100,00%
Exame TC	128	95,52%
Total	134	100,00%
Exame RM	80	59,70%
Total	134	100,00%
Exame PET-CT	1	0,75%
Total	134	100,00%
Exame USG	34	25,37%
Total	134	100,00%
Histeroscopia	27	20,15%
Total	134	100,00%
Outros	10	7,46
Total	134	100,00%

Tabela 03 – Informações sobre o tratamento das pacientes

Tratamento	Freq.	%
Fez Cirurgia	116	86,6%
Total	134	100,00%
Tipo de Cirurgia		
HTA Radical (Wertheim-Meigs)	110	94,82%
Outra	6	5,17%
Total	116	100,00%
Linfadenectomia	86	74,13%
Total	116	100,00%
RDT	58	43,28%
Total	134	100,00%
Braquiterapia	76	56,71%
Total	134	100,00%
Ambas (RDT + BQT)	46	34,33%
Total	134	100,00%
Hormonioterapia	6	4,47%
Total	134	100,00%
Quimioterapia	61	45,52%
Adjuvante	34	25,37%
Paliativo	13	9,7%
Outros	14	
Total	134	100%

Tabela 04 – Descritiva do tempo até o diagnóstico (em meses) e o tempo até o início do tratamento (em dias)

Tempo	Média	Desvio padrão	Mínimo	P25	Mediana (P50)	P75	Máximo
Até o diagnóstico (meses)	14	13	0	19	11	19	57
Até início do tratamento (dias)	112	142	0	39	67	144	860

Gráfico 01 – Curva de sobrevivência estimada (Kaplan-Meier)

